

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Emergência Médica Pré-Hospitalar

Pedro Emanuel Falcão Oliveira



2018



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Pedro Emanuel Falcão Oliveira

6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 PORTO

pedrofalcao_92@hotmail.com

Sob a orientação de:

Dr. Humberto José da Silva Machado

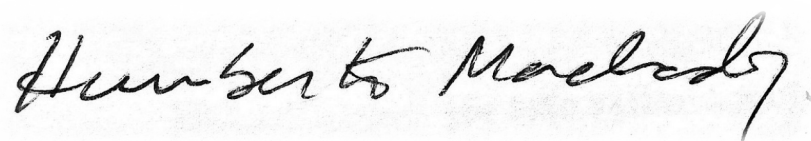
Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia, Competência em Emergência Médica - Ordem dos Médicos, Mestre em Gestão de Saúde - ENSP, Univ. Nova Lisboa, Doutoramento Ciências Médicas - ICBAS, Univ. Porto, Diretor do Serviço de Anestesiologia - Centro Hospitalar do Porto, Adjunto da Direção Clínica do Centro Hospitalar do Porto, Regente da Unidade Curricular: Anestesiologia e Medicina Peri-Operatória - 5º Ano Mestrado Integrado Em Medicina, Docente da Unidade Curricular: Terapêutica Geral I & II - 4º ano Mestrado Integrado em Medicina.

Porto 2018

Autor:



Orientador:



RESUMO

O Sistema Integrado de Emergência Médica(SIEM) é um conjunto de ações coordenadas que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde. A coordenação do SIEM está a cargo do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), um organismo do Ministério da Saúde.

O INEM é responsável por garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. Além disso, compreende tanto a prestação de socorros no local da ocorrência, como o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.) de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e económica.

A área da emergência médica pré-hospitalar, embora com pouco foco durante todo o mestrado integrado em medicina, assume bastante importância na prestação de cuidados de saúde e representa um importante pilar de ligação da população e o seu ambiente com os cuidados de saúde em situações de emergência.

A escolha deste registo no estágio de observação para a unidade curricular de “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” teve como intuito aprofundar o meu conhecimento, aptidões e competências nesta área. Por outro lado, também pretendia experienciar o quotidiano destes profissionais de forma a ter uma opinião mais credível.

O estágio teve uma duração total de 80 horas, organizadas por 4 turnos na ambulância AEM, 4 na SIV, 4 na VMER e 2 no CODU.

O presente relatório também faz uma breve revisão sobre o SIEM.

Os objetivos e competências propostos foram cumpridos, nomeadamente identificar as principais situações de emergência médica e traumatológica assim como os seus protocolos de atuação, aplicar os Algoritmos de SBV e SAV, apreender técnicas “life-saving” essenciais para a manutenção da vida no doente grave e tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica.

Este estágio contribuiu muito para a minha formação académica e sei que estou mais preparado para lidar com situações de carácter emergente fora do hospital, além de sentir que no futuro o meu caminho pode passar pelo INEM.

ABSTRACT

The Medical Integrated Emergency System (SIEM) is a set of coordinated actions that result from the active and dynamic intervention of the various components of the National Health System. National Institute of Medical Emergency (INEM), a institution of the Ministry of Health, is in charge of the the coordination of the SIEM.

INEM is responsible for guaranteeing the victims of sudden illness the prompt and correct delivery of health care. In addition, it includes the correct assistance at the scene, as well as the assisted transport of the victims to the appropriate hospital and the articulation between the various divisions of the SIEM (hospitals, firemen, police, etc.) in order to allow a effective, economic and rapid action.

Pre-hospital medical emergency field, although with little focus throughout the integrated medical master's degree, is very important to learn about first medical approach care and represents an important pillar connecting the population and its environment with health care in situations of emergency.

The choice of this theme for the observation internship for the curricular unit "Dissertation / Project / Internship Report " was intended to deepen my knowledge, skills and competences in this field. On the other hand, I also wanted to experience the daily challenges of these professionals in order to have a more credible opinion.

The internship lasted for 80 hours, organized by 4 shifts in the AEM ambulance, 4 in the SIV, 4 in the VMER and 2 in the CODU.

This report also briefly reviews SIEM.

The objectives and competences proposed were fulfilled, namely to identify the main medical and trauma emergency situations as well as their protocols of action, to apply the SBV and SAV algorithms, to apprehend life-saving techniques essential for the maintenance of life in the severe patient, and become aware of the importance of teamwork in the Medical Emergency.

This internship has contributed a lot to my academic background and I know that I am more prepared to deal with emergent situations outside the hospital, in addition to feeling that in the future my path may pass through INEM.

AGRADECIMENTOS

Ao fim de de todos estes anos de formação em Medicina, reservo este espaço para fazer um agradecimento especial a todos os que de alguma forma contribuíram para todo o meu percurso. Todos eles enriqueceram a minha jornada e me ajudaram a alcançar os meus objetivos.

À minha família que me deu o maior apoio, que motivaram sempre para ser ambicioso e me educaram para nunca deixar de tentar ser uma pessoa melhor.

Aos meus amigos que têm um imenso orgulho em mim e me apoiaram durante todos estes anos.

Ao meu orientador, Dr. Humberto Machado, Diretor do Serviço de Anestesia do Centro Hospitalar do Porto, por me ter permitido realizar este estágio, bem como por toda a disponibilidade e apoio demonstrado.

Agradeço também ao Dr. Ricardo Pacheco Duarte, Diretor da Delegação Regional do Norte do INEM, por permitir a realização do estágio.

Concluo com um agradecimento final a todos os profissionais com quem contactei no INEM. Todos eles foram muito acolhedores e se esforçaram por me proporcionar as melhores condições para a realização deste estágio.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA – Ar Ambiente
AEC – Alteração do Estado de Consciência
AEM – Ambulância de Emergência Médica
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades da Vida Diária
AAS – Ácido Acetilsalicílico
AS – Ambulâncias de Socorro
BPM – Batimentos por minuto
BRE – Bloqueio do Ramo Esquerdo
CB – Corpos de Bombeiros
CIAV – Centro de Informação Antivenenos
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CODU-Mar – Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar
CPM – Ciclos por minuto
CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
DAE – Desfibrilhador Automático Externo
DM II – Diabetes Mellitus tipo II
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG - Eletrocardiograma
EV – endovenoso
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata
HGSA – Hospital Geral de Santo António
HSJ – Hospital de S. João
HTA – Hipertensão Arterial
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PEM – Posto de Emergência Médica
PSP – Polícia de Segurança Pública
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SCA – Síndrome Coronário Agudo
SDR – Sinais de Desconforto Respiratório

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigênio

TA – Tensão Arterial

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TAT – Tripulante da Ambulância de Socorro

TAS – Tripulante da Ambulância de Transporte

TOTE – Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

US – Unidade de Saúde

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. Introdução..... | 1 |
| 1. Objetivos..... | 1 |
| 2. Emergência Médica Pré-hospitalar..... | 2 |
| 1.1 SIEM..... | 2 |
| 1.2 INEM..... | 2 |
| 1.3 CODU..... | 2 |
| 1.4 CODU MAR..... | 3 |
| 1.5 CIAV..... | 3 |
| 1.6 Ambulâncias..... | 3 |
| 1.7 TIP..... | 3 |
| 1.8 VMER..... | 4 |
| 1.9 Helicóptero..... | 4 |
| 1.10 Motas..... | 4 |
| 1.11 UMIPE..... | 4 |
| 3. Cadeia de sobrevivência de doentes em PCR..... | 5 |
| 4. Programa Nacional de DAE..... | 6 |
| II. Metodologia..... | 7 |
| III. Resultados..... | 8 |
| 1. 1º Turno Ambulância AEM..... | 8 |
| 2. 2º Turno Ambulância AEM..... | 12 |
| 3. 3º Turno Ambulância AEM..... | 13 |
| 4. 4º Turno Ambulância AEM..... | 15 |
| 5. 1º Turno Ambulância SIV..... | 16 |
| 6. 2º Turno Ambulância SIV..... | 18 |
| 7. 3º Turno Ambulância SIV..... | 20 |
| 8. 4º Turno Ambulância SIV..... | 21 |
| 9. 1º Turno Ambulância VMER..... | 23 |
| 10. 2º Turno Ambulância VMER..... | 27 |
| 11. 3º Turno Ambulância VMER..... | 30 |
| 12. 4º Turno Ambulância VMER..... | 32 |
| 13. 1º e 2º Turno CODU..... | 34 |
| IV. Discussão..... | 35 |
| 1. Estágio na Ambulância AEM..... | 36 |
| 2. Estágio na ambulância SIV..... | 37 |
| 3. Estágio na VMER..... | 38 |

| | |
|---|----|
| 4. Estágio no CODU..... | 39 |
| V. Conclusão..... | 40 |
| VI. Anexos..... | 41 |
| 1. Anexo 1: Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência..... | 42 |
| 2. Anexo 2: Figura 2 - Simbologia internacional DAE..... | 43 |
| 3. Anexo 3: Gráfico 1 - Acionamentos por meio..... | 44 |
| 4. Anexo 4: Gráfico 2 - Acionamentos por turno..... | 43 |
| 5. Anexo 5: Gráfico 3 - Distribuição pelo sexo..... | 45 |
| 6. Anexo 6: Gráfico 4 - Acionamentos consoante a faixa etária..... | 46 |
| 7. Anexo 7: Gráfico 5 - Motivo dos acionamentos por meio INEM..... | 47 |
| 8. Anexo 8: Gráfico 6 - Motivo e Percentagem Relativa dos Acionamentos..... | 48 |
| 9. Anexo 9: Gráfico 7 – Triagem dos acionamentos por meio..... | 49 |
| 10. Anexo 10: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 50 |
| 11. Anexo 11: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 51 |
| 12. Anexo 12: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 52 |
| 13. Anexo 13: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 53 |
| 14. Anexo 14: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 54 |
| 15. Anexo 15: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 55 |
| 16. Anexo 16: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 56 |
| 17. Anexo 17: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 57 |
| 18. Anexo 18: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 58 |
| 19. Anexo 19: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 59 |
| 20. Anexo 20: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 60 |
| 21. Anexo 21: Ficha de realização de estágio em meio INEM..... | 61 |
| 22. Anexo 22: Ficha de realização de estágio no CODU..... | 62 |
| 23. Anexo 23: Ficha de realização de estágio no CODU..... | 63 |
| 24. Anexo 24: Declaração de realização de estágio..... | 64 |

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio” que faz parte do plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina, do ICBAS, da Universidade do Porto, realizei um estágio observacional em emergência médica pré-hospitalar.

As minhas motivações para este registo partem da carência de formação prática nesta área durante toda a formação em medicina e do interesse pessoal que mantenho desde que fiz um curso de SBV em 2013, embora durante o estágio sempre tenha procurado aprofundar o meu conhecimento, aptidões e competências nesta área.

OBJETIVOS

O estágio teve os seguintes objetivos:

- Conhecer e familiarizar-me com as várias entidades que integram a emergência médica;
- Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente.
- Identificar as principais situações de emergência médica e traumatológica, assim como os seus protocolos de atuação;
- Apreender técnicas “life-saving” essenciais para a manutenção da vida no doente grave;
- Aplicar os Algoritmos de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida;
- Tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica;
- Adquirir competências como: liderança, trabalho de equipa, prestação de cuidados em situações de stress físico e emocional, responsabilidade e ética profissional.

1. Emergência Pré-hospitalar

A emergência pré-hospitalar é um ramo da medicina baseado nos conhecimentos e habilidades necessárias para a prevenção, diagnóstico e tratamento de aspetos agudos e urgentes, de doenças e lesões que afetem doentes de todas as faixas etárias. O espectro de abordagem envolve tanto distúrbios físicos como comportamentais. Além disso, engloba uma compreensão de sistemas médicos de emergência pré-hospitalares e hospitalares.

1.1 SIEM

O SIEM é o conjunto de ações coordenadas de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do SNS, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente.

Os seus intervenientes são o público, operadores das centrais de emergência 112, técnicos do CODU, agentes da autoridade, bombeiros, tripulantes de ambulância, técnicos de ambulância de emergência, médicos e enfermeiros, pessoal técnico hospitalar e pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

O SIEM é dividido em fases que dizem respeito à ordem pela qual o funcionamento da emergência médica pré-hospitalar é organizado. Dessas fases fazem parte a deteção, o alerta, o pré-socorro, o socorro, o transporte, e o tratamento numa unidade de saúde.

1.2 INEM

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. O Número Europeu de Emergência é o 112 e o INEM dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.

1.3 CODU

As chamadas de emergência efetuadas através do número 112 são atendidas em centrais de emergência da PSP e quando dizem respeito a situações que põe em risco a saúde da vítima são encaminhadas para o CODU. Compete ao CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O seu trabalho passa por responder aos pedidos de socorro e fazer a sua triagem, aconselhar os intervenientes no

pré-socorro, acionar os meios adequados, acompanhar as equipas durante a sua ativação, e o contacto com as unidades de saúde para a receção hospitalar dos doentes.

1.4 CODU MAR

O Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar tem por objetivo prestar aconselhamento médico em situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações.

1.5 CIAV

O Centro de Informação Antivenenos é um centro médico de informação toxicológica. Presta informações referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição aguda ou crónica a tóxicos.

1.6 Ambulâncias

1.6.1. As ambulâncias de socorro (AS) são coordenadas pelo CODU e estão localizadas em vários pontos do país associadas às diversas delegações do INEM, Corpos de Bombeiros (CB) ou delegações da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). A maior parte dos CB e CVP criaram protocolos com o INEM para se constituírem como Posto de Emergência Médica (PEM) ou Posto Reserva. São destinadas à estabilização e transporte de doentes com capacidade de aplicação de medidas de SBV e de DAE. É constituída por elementos pertencentes às respetivas entidades que tenham formação de TAS e TAT, no mínimo.

1.6.2 As Ambulâncias de Emergência Médica (AEM) também conhecidas por ambulâncias de SBV, integram uma equipa de dois TAE do INEM, cujo objetivo é a estabilização e transporte de doentes, com capacidade de aplicação de medidas de SBV e de DAE.

1.6.3 As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) têm maiores capacidades do que as AEM, destinadas a garantir cuidados de saúde diferenciados e tripuladas por um Enfermeiro e um TAE. Além do descrito para as SBV, também há possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica. Atuam na dependência direta dos CODU, e estão localizadas em unidades de saúde.

1.7 O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) é um subsistema de transporte de recém-nascidos de alto risco e pediatria inter-hospitalar de emergência. É dotado de todos

os equipamentos necessários para estabilizar e transportar os doentes pediátricos e é constituído por um médico especialista, um enfermeiro e um TAE.

1.11 VMER

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para o transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. As equipas são constituídas por um médico e um enfermeiro, e dispõem de equipamento para SAV em situações do foro médico ou traumatológico.

Atuam na dependência direta do CODU, tendo uma base hospitalar, isto é, estão localizadas num hospital. Têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

1.9 HELICÓPTEROS

Os helicópteros de emergência médica do INEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados com material de SAV, sendo a tripulação composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos.

1.10 MOTAS

As motas de Emergência são tripuladas por um TAE e graças à sua agilidade no meio do trânsito citadino, permitem a chegada mais rápida do primeiro socorro. Reside aqui a sua principal vantagem relativamente aos meios de socorro tradicionais.

Naturalmente limitada em termos de material a deslocar, a carga da moto inclui DAE, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar, entre outros.

1.11 UMIPE

A Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) é um veículo de intervenção concebido para transportar um psicólogo do INEM para doentes que necessitem de apoio psicológico, como por exemplo, sobreviventes de acidentes graves, menores não acompanhados ou familiares de vítimas de acidente ou doença súbita fatal. É conduzida por um elemento com formação em condução de veículos de emergência. Atuam na dependência direta dos CODU, tendo por base as Delegações Regionais.

Reconhecimento precoce e pedido de ajuda para prevenir a paragem cardiorrespiratória (PCR)

À luz do conhecimento médico atual, considera-se que há três atitudes que modificam o resultado no socorro à vítima de PCR:

- Pedir ajuda, acionando de imediato o SIEM;
- Iniciar de imediato manobras de SBV;
- Aceder à desfibrilhação tão precocemente quanto possível, mas apenas quando indicado.

Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Surge assim o conceito de Cadeia de Sobrevivência, composta por quatro elos ou ações, no qual o funcionamento adequado de cada elo, bem como a articulação eficaz entre os vários elos é vital para que o resultado final seja uma vida salva.

1. Os serviços de emergência devem ser chamados de imediato se se suspeitar por exemplo de um enfarte agudo do miocárdio, ou de uma PCR. O número universal de emergência nos países da União europeia é o 112.
2. SBV precoce para ganhar tempo. Se ocorrer uma PCR, iniciar compressões torácicas e ventilações (SBV) de imediato poderá duplicar as hipóteses da vítima sobreviver.
3. Desfibrilhação precoce para reiniciar o coração. Na maioria dos casos de PCR o coração para de bater eficazmente devido a uma perturbação do ritmo designada fibrilhação ventricular (FV). O único tratamento eficaz para a FV é a administração de um choque elétrico (desfibrilhação). A probabilidade de sucesso da desfibrilhação decresce entre 7%-10% por minuto após o colapso, a não ser que o SBV seja realizado.
4. Cuidados pós reanimação para recuperar com qualidade de vida. Após uma reanimação com sucesso os reanimadores podem aumentar as possibilidades de recuperação. Para os leigos, isto pode passar apenas pela colocação da vítima em posição lateral de segurança. Os profissionais de saúde devem usar técnicas diferenciadas para otimizar a recuperação.

DEFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA EM PORTUGAL

A desfibrilhação precoce enquanto objetivo é difícil de atingir se efetuada apenas por médicos, já que a PCR ocorre, na maioria das vezes, em ambiente pré-hospitalar. O desenvolvimento técnico dos denominados “desfibrilhadores automáticos externos” (DAE) permite hoje a sua utilização segura desde que operados por pessoal treinado especificamente para o efeito.

Critérios para a sua utilização:

- A prática de atos de DAE seja praticada sob supervisão médica;
- Os atos de DAE estejam obrigatoriamente inseridos em programas de DAE e integrados no modelo de organização da cadeia de sobrevivência previsto para Portugal;
- Quem, perante uma situação de paragem cardiorrespiratória, pratica o ato de DAE deve diretamente ou através de qualquer outra pessoa que designe para o efeito, ativar o primeiro elo da cadeia de sobrevivência, comunicando ao INEM, a situação através do Número Europeu de Emergência – 112;
- Sempre que possível, a comunicação através do 112 deve ser prévia à prática de um ato de DAE.

METODOS

Para elaborar este relatório e alcançar os objetivos definidos realizei um estágio observacional no INEM da Delegação Regional do Norte, nomeadamente nos meios AEM, ambulância SIV, VMER e CODU Norte.

A Delegação Regional do Norte do INEM aprovou a realização deste estágio e, posteriormente, foi entregue na delegação um seguro de acidentes pessoais, um Termo de Responsabilidade e uma Declaração do INEM referente á Confidencialidade e Regulamento de Estágios, ambos assinados.

Por fim, as datas dos estágios foram marcadas e os turnos definidos da seguinte forma:

- 4 turnos com duração de 6 horas na VMER (3 turnos na VMER Sto. António e 1 turnos na VMER Gaia) num total de 24 horas.
- 4 turnos com duração de 6 horas na AEM (2 turnos na AEM Porto 1 e 3, e 2 turnos na AEM Porto 4) num total de 24 horas
- 4 turnos com duração de 6 horas na ambulância SIV (2 turnos na SIV Póvoa de Varzim e 2 turnos na SIV Gondomar) num total de 24 horas.
- 2 turno com duração de 4 horas no CODU Norte.

O total de horas previstas foi de 80 horas embora esse tempo tenha sido excedido uma vez que nem sempre o meio se encontrava na base no fim de cada turno.

O estágio teve início no dia 04-12-2017 e término no dia 07-12-2018.

RESULTADOS

1º Turno: AEM – Porto 1 (14h-20h) 04-12-2017 (Anexo 10)

Tabela I: Acionamento AEM número 1, 1º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|------------------------------------|------------------|-------|---|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 14:06 | Local | 14:15 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | AEC | | | | |
| Idade | 90 | | | | | | |
| Observações | | Doente dispneica e prostrada. Avaliação e administração de oxigénio. | | | | | |
| Pressão arterial | | 100/61mmHg | Antecedentes Pessoais | | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 70bpm | HTA, AVC, DM II e Deslipidemia. | | | Lisinopril + hidroclorotiazida, Apixaban, Furosemda, Metformina, Glicozida, Sertralina e Sinvastatina. | |
| Frequência Respiratória | | 16cpm | | | | | |
| SpO2 | | 89 a AA que progrediu para 96% com oxigénio a 6lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 252 | HSJ | | | Laranja | |

Tabela II: Acionamento AEM número 2, 1º turno.

| | | | | | | |
|----------------------------|----------|--|------------------------------|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 2 | Hora ativação | 15:20 | Local | 15:29 |
| Sexo | Feminino | Informaçã o CODU | Queda da própria altura TCE. | | | |
| Idade | 76 | | | | | |
| Observações | | Doente encontrada caída com escoriações na hemiface direita. Apresenta-se desorientada, letárgica e confusa. Glasgow 14 (4+4+6). Foi feita a imobilização, limpeza das feridas e transporte. | | | | |
| Pressão arterial | | 132/63mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 76bpm | HTA | | --- | |
| Frequência Respiratória | | 14cpm | | | | |
| SpO2 | | 94% a AA | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 156 | HGSA | | Laranja | |

Tabela III: Acionamento AEM número 3, 1º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|--|------------------|-------|---|-------|
| Acionamento | | 3 | | Hora ativação | 17:36 | Local | 17:45 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | Dor Abdominal | | | | |
| Idade | 91 | | | | | | |
| Observações | | Doente em decúbito dorsal com abdômen globoso/distendido, duro e doloroso em todos os quadrantes. | | | | | |
| Pressão arterial | | 170/82mmHg | Antecedentes Pessoais | | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 71bpm | HTA Obstipação Crônica Epilepsia | | | Fenitoína, Cloridrato de Trazadona, Alprazolam, Losartan, Escopolamina, Movicol e Pankreoflat | |
| Frequência Respiratória | | 20cpm | | | | | |
| SpO2 | | 96% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 143 | HGSA | | | Amarelo | |

Tabela IV: Acionamento AEM número 4, 1º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---------------------|--|-------|--|-------|
| Acionamento | | 4 | | Hora ativação | 17:45 | Local | 17:59 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | Dispneia Aguda | | | |
| Idade | 87 | | | | | | |
| Observações | | Dispneia aguda associada a dor torácica. Com SDR e febril. Administração de oxigênio. | | | | | |
| Pressão arterial | | 240/170 | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 123bpm | | HTA, Deslipidemia, DM II, Obesidade, IC, IR, DPOC e SAOS | | Formeterol e Budesonida, Brometo de tiotrópio AAS, Furosemida, Atorvastatina, Telmisartan e Iepicortinol | |
| Frequência Respiratória | | 28cpm | | | | | |
| SpO2 | | 88% a AA que progrediu para 92% com oxigênio a 6lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | 37,3°C | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 203 | | HSJ | | Laranja | |

Tabela V: Acionamento AEM número 1, 2º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---------------------|---|-------|---|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 12:36 | Local | 12:56 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | AEC | | | |
| Idade | 75 | | | | | | |
| Observações | | Doente dispneica, com febre, prostrada e desorientada. Administração de oxigénio. | | | | | |
| Pressão arterial | | 130/70 | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 105bpm | | AVC, Diabetes II, IC e Deslipidemia. | | Varfarina, Glucosamina, Furosemida, Glicazida, Atorvastatina, lisinopril e Deflazacorte. | |
| Frequência Respiratória | | 24cpm | | | | | |
| SpO2 | | 83% a AA que progrediu para 90% com oxigénio a 6lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | 38°C | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 173 | | HSJ | | Amarelo | |

Tabela VI: Acionamento AEM número 1, 3º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|---|---|---|-------|--|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 18:05 | Local | 18:18 |
| Sexo | Masculino | | Informaçã o CODU | AEC | | | |
| Idade | 84 | | | | | | |
| Observações | | | Dispneica, febril, cefaleias, tosse seca de evolução gradual nos últimos 3 dias. Hoje prostrada. | | | | |
| Pressão arterial | | | 180/80mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | | 54bpm | Obesidade, DM II, Deslipidemia, HTA e Cardiopatía com pacemaker. | | Perindopril/Amlodipina (5/5), Fluoxetina, Donezepilo, sinemet 25/100mg, Metformina/sitagliptina 1000/50mg, Novomix 30, AAS 150mg, Sinvastatina 20mg, Lasix, Trazodona 100mg | |
| Frequência Respiratória | | | 22cpm | | | | |
| SpO2 | | | 91% a AA | | | | |
| Temperatura | | | 37,1°C | | | | |
| Pele | | | Sem alterações | | | | |
| Pupilas | | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | | >600 | HSJ | | Amarelo | |

Tabela VII: Acionamento AEM número 2, 3º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|---|-------|--|-------|
| Acionamento | | 2 | | Hora ativação | 19:47 | Local | 19:57 |
| Sexo | Feminino | | Informação o CODU | Crise Hipertensiva | | | |
| Idade | 90 | | | | | | |
| Observações | | | Aparentemente normal. | | | | |
| Pressão arterial | | 161/84mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 55bpm | | IC, Deslipidemia, Obstipação e Alzheimer | | Butilbrometo de escopolamina 10mg, Cloridrato de tramadol 37,5 mg + Paracetamol 325 mg, Lorazepam, valzartan/hidroclotiazida, Donezepil, Amiodarona, Dulcolax 5 mg, Triexafenid 5mg, Nitradisc 10mg/24h, paracetamol + Tiocolquicosido 500/2 | |
| Frequência Respiratória | | 16cpm | | | | | |
| SpO2 | | 99% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 126 | | HSJ | | Amarelo | |

Tabela VIII: Acionamento AEM número 1, 4º turno.

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|--------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| Acionamento | | 1 | Hora ativação | 16:50 | Local | 16:56 |
| Sexo | 84 | Informação o CODU | Queda com TCE | | | |
| Idade | Masculino | | | | | |
| Observações | | Queda durante travagem do autocarro. Apresenta uma lesão corto-contusa com 2 cm de comprimento. Dor forte á mobilização da coxa direita. Foi imobilizada e a ferida foi limpa. | | | | |
| Pressão arterial | | 180/80mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 54bpm | AVC, HTA e Deslipidemia. | | Sertralina, Gabapentina e Tramadol. | |
| Frequência Respiratória | | 22cpm | | | | |
| SpO2 | | 96% a AA | | | | |
| Temperatura | | --- | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 147 | HSJ | | Amarelo | |

1º Turno: SIV – Povia de Varzim (14h-20h) 05-12-2017 (Anexo 14)

Tabela IX: Acionamento SIV número 1, 1º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|-----|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 16:06 | Local | 16:08 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | PCR | | | | |
| Idade | 79 | | | | | | |
| Observações | | Encontrava-se no leito e não tinha contato com a cuidadora há aproximadamente 2 horas. Assistolia no ECG. Adrenalina iv. Manobras de suporte básico de vida até ao hospital. | | | | | |
| Pressão arterial | | --- | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | --- | | --- | | --- | |
| Frequência Respiratória | | --- | | | | | |
| SpO2 | | --- | | | | | |
| Temperatura | | --- | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | --- | | CHPVVC | | Vermelho | |

Tabela X: Acionamento SIV número 2, 1º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|-----------------------|--|----------------------------|-------|--------------------|-------|
| ATIVACÃO | | 2 | | Hora ativação | 17:36 | Local | 17:40 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | Atropelamento com projeção | | | |
| Idade | 83 | | | | | | |
| Observações | | | Trauma da perna esquerda com dor á mobilização. Sem encurtamento ou rotação. Administração de morfina e metoclopramida. Ultima refeição ás 16:30. | | | | |
| Pressão arterial | | 125/78 mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 90bpm | | HTA | | --- | |
| Frequência Respiratória | | 24cpm | | | | | |
| SpO2 | | --- | | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 123 | | CHPVVC | | Laranja | |

2º Turno: SIV – Povia de Varzim (14h-20h) 07-12-2017 (Anexo 15)

Tabela XI: Acionamento SIV número 1, 2º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---|----------------------------|-------|--|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 14:32 | Local | 14:48 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | AEC | | | |
| Idade | 88 | | | | | | |
| Observações | | | Doente prostrada e desorientada com distensão abdominal e edema bilateral dos membros inferiores com sinal de godet positivo. | | | | |
| Pressão arterial | | | 136/116mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | | 72bpm | AVC, IC, FA e Deslipidemia | | Apixibano, Sinvastatina, Carbonato de Cálcio, Lisinopril, Carvedilol, Furosemida, AAS | |
| Frequência Respiratória | | | 24cpm | | | | |
| SpO2 | | | 86% a AA que progrediu para 90% com oxigénio a 5lts/min. | | | | |
| Temperatura | | | Apirético | | | | |
| Pele | | | Sem alterações | | | | |
| Pupilas | | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | | 163 | CHPVVC | | Laranja | |

Tabela XII: Acionamento SIV número 2, 2º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---------------------|------------------------|-------|--|-------|
| Acionamento | | 2 | | Hora ativação | 16:20 | Local | 16:08 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | PCR | | | |
| Idade | 89 | | | | | | |
| Observações | | Encontrada caída em casa pela filha. Assistolia no ECG.SBV até ao hospital. | | | | | |
| Pressão arterial | | --- | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | --- | | IC e Bronquite Crónica | | Furosemida, Varfarina, ramipril, omeprazol e Fluimucil. | |
| Frequência Respiratória | | --- | | | | | |
| SpO2 | | --- | | | | | |
| Temperatura | | --- | | | | | |
| Pele | | Extremidades gélidas | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas, não reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | --- | | CHPVVC | | Vermelho | |

Tabela XIII: Acionamento SIV número 1, 3º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|----------------------|---|-------|---|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 17:28 | Local | 17:39 |
| Sexo | Masculino | | Informação o CODU | Trauma do MIE. | | | |
| Idade | 56 | | | | | | |
| Observações | | Encurtamento e rotação externa do membro inferior esquerdo com dor á mobilização. Imobilização em plano duro e analgesia com morfina. Administração de metoclopramida. | | | | | |
| Pressão arterial | | 165/105mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 110bpm | | Neoplasia Hepática, HTA, AVC e Deslipidemia | | Bisoprolol, Tramadol, AAS, Atorvastatina. | |
| Frequência Respiratória | | 24cpm | | | | | |
| SpO2 | | 86% a AA. | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 104 | | HSJ | | Laranja | |

Tabela XIV: Acionamento SIV número 1, 4º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|-----------------|--|-------|---|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 15:28 | Local | 17:37 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | Dispneia Aguda. | | | | |
| Idade | 81 | | | | | | |
| Observações | | Doente com demência grave e incapacitado para as AVD encontrado prostrado, desorientado e com hipersudurese. | | | | | |
| Pressão arterial | | 121/58mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 90bpm | | Neoplasia oral metastizada, HTA, AIT e Cirrose Hepática. | | Clopidogrel, Furosemida, Mitrazapina, Carbocisteína, Donazepilo, Quietiapina. | |
| Frequência Respiratória | | 18cpm | | | | | |
| SpO2 | | 70% com oxigénio a 15lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | 36,8°C | | | | | |
| Pele | | Extremidades cianóticas. | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas. | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 195 | | HSJ | | Amarelo | |

Tabela XV: Acionamento SIV número 2, 4º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|--|---------------------|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 2 | | Hora ativação | 17:00 | Local | 17:12 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | PCR | | | |
| Idade | 54 | | | | | | |
| Observações | | Doente encontrada pelo companheiro no chão da sala inconsciente. Glasgow 3. Com Fibrilação ventricular no ECG. Realizado SAV. | | | | | |
| Pressão arterial | | 78/50mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | --- | | Síndrome depressivo. | | Bromazepam. | |
| Frequência Respiratória | | --- | | | | | |
| SpO2 | | 87% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | | |
| Pele | | Extremidades cianóticas | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas não reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 88 | | HGSA | | Vermelho | |

1º Turno: VMER – Hospital Sto. António (14h-20h) 11-12-2017 (Anexo 18)

Tabela XVI: Acionamento VMER número 1, 1º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---|-----------------------------------|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 14:25 | Local | 14:34 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | Jovem com obstrução da via aérea. | | | |
| Idade | 18 | | | | | | |
| Observações | | | À chegada a jovem já estava estabilizada sob terapêutica com mascara de oxigénio a 6litros/min. Descreve sensação de “caroço no pescoço”. | | | | |
| Pressão arterial | | | 119/71mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | | 59bpm | --- | | --- | |
| Frequência Respiratória | | | 20cpm | | | | |
| SpO2 | | | 99% com oxigénio a 6 lts/min. | | | | |
| Temperatura | | | Apirética | | | | |
| Pele | | | Sem alterações | | | | |
| Pupilas | | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | | --- | Hospital da Maia | | Azul | |

Tabela XVII: Acionamento VMER número 2, 1º turno.

| | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|--|--------------------------------|---------------|---|-------|-------|
| Acionamento | | 2 | | Hora ativação | 14:50 | Local | 14:54 |
| Sexo | Masculino | Informação o CODU | Crise Convulsiva generalizada. | | | | |
| Idade | 17 | | | | | | |
| Observações | | Jovem encontrado durante intervalo entre aulas em crise convulsiva generalizada tônico-clônicas. À chegada já tinha aproximadamente 20min de evolução. Escala de Coma de Glasgow = 3. Evoluiu para crise conversiva após administração endovenosa de Diazepam e Midazolam. | | | | | |
| Pressão arterial | | 130/60mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | | |
| Frequência Cardíaca | | 62bpm | Epilepsia desde os 2 anos. | | Topiramato, Fenobarbital, Diazepam, Perampanel, Escitalopram e Midazolan. | | |
| Frequência Respiratória | | --- | | | | | |
| SpO2 | | 98% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | | |
| Glicose capilar | | --- | HSJ | | Vermelho | | |

Tabela XVIII: Acionamento VMER número 3, 1º turno.

| | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|--|----------------------|---|-------|----------------------------------|-------|
| Acionamento | | 3 | | Hora ativação | 18:09 | Local | 18:24 |
| Sexo | Masculino | | Informação o CODU | Crise Convulsiva generalizada. | | | |
| Idade | 23 | | | | | | |
| Observações | | Jovem encontrado caído no chão. Numa primeira abordagem com sinais de desorientação. Escala de Coma de Glasgow= 14 (4+4+6). Colegas de trabalho descrevem convulsões durante aproximadamente 10 minutos. Refere dor cervical. Foi imobilizado com colar cervical e transportado. | | | | | |
| Pressão arterial | | 129/72mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 60bpm | | Síndrome depressivo, refere consumo de psicotrópicos e tratamento recente no centro de apoio ao toxicodependente. | | Loflazepato de etilo, Alprazolam | |
| Frequência Respiratória | | 16cpm | | | | | |
| SpO2 | | 99% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 133 | | Hospital São João | | Laranja | |

Tabela XIX: Acionamento VMER número 4, 1º turno.

| | | | | | | |
|-------------------------|----------|--|--|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 4 | Hora ativação | 19:19 | Local | 19:25 |
| Sexo | Feminino | Informação o CODU | Trauma na hemiface esquerda em contexto de assalto com faca. | | | |
| Idade | 47 | | | | | |
| Observações | | Mulher estrangeira apresenta lesão corto-contusa de aproximadamente 6cm na hemiface esquerda. Foi realizado controlo da hemorragia, penso e profilaxia da dor com paracetamol. | | | | |
| Pressão arterial | | 172/96mmHg | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 105bpm | Neoplasia da mama. | | --- | |
| Frequência Respiratória | | --- | | | | |
| SpO2 | | 100% a AA.< | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | --- | HGSA | | Laranja | |

Tabela XX: Acionamento VMER número 1, 2º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|--|--|-------|---|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 14:47 | Local | 15:02 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | Dispneia aguda associada a palpitações com 3 horas de evolução. | | | | |
| Idade | 49 | | | | | | |
| Observações | | Refere episódio semelhante á 2 dias. Doente apresenta FA com resposta ventricular rápida. | | | | | |
| Pressão arterial | | 140/71mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 84bpm | | Fumador, DM II, Deslipidemia, Obesidade e HTA. | | AAS, Atorvastatina, Sitagliptina/cloridrato de metformina | |
| Frequência Respiratória | | --- | | | | | |
| SpO2 | | 98% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 516 | | HGSA | | Laranja | |

Tabela XXI: Acionamento VMER número 2, 2º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|------------------------|--|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 2 | | Hora ativação | 17:19 | Local | 17:26 |
| Sexo | Feminino | Informaçã o CODU | Atropelamento com TCE. | | | | |
| Idade | 70 | | | | | | |
| Observações | | Consciente e orientada. Sem alterações motoras ou sensitivas. Dor na hemiface esquerda. | | | | | |
| Pressão arterial | | 186/92 | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 120bpm | | DM II, Deslipidemia e Hipotireoidismo | | --- | |
| Frequência Respiratória | | 14cpm | | | | | |
| SpO2 | | 99% a AA | | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | --- | | CHVNGE | | Amarelo | |

Tabela XXII: Acionamento VMER número 3, 2º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|----------------|-----------------------|-------|---|-------|
| Acionamento | | 3 | | Hora ativação | 18:00 | Local | 18:12 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | Dispneia Aguda | | | | |
| Idade | 68 | | | | | | |
| Observações | | Dispneia e dor torácica em peso retroesternal precipitada pelo esforço. Sem posição antálgica. Auscultação cardíaca normal. ECG normal. Refere síndrome febril há dois dias. Febre no momento. | | | | | |
| Pressão arterial | | 129/73mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 120bpm | | HTA e Deslipidemia. | | Telmisartan/hidroclorotiazida 80mg/25mg, Sinvastatina. | |
| Frequência Respiratória | | 20cpm | | | | | |
| SpO2 | | 99% a AA | | | | | |
| Temperatura | | 40°C | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | --- | | HGSA | | Laranja | |

Tabela XXIII: Acionamento VMER número 1, 3º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---------------------|--|-------|--------------------|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 14:56 | Local | 15:11 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | Dor torácica. | | | |
| Idade | 91 | | | | | | |
| Observações | | Doente com SDR, tosse e expetoração com 2 dias de evolução. | | | | | |
| Pressão arterial | | 140/68mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 50bpm | | HTA, IC e AVC | | AAS, furosemida. | |
| Frequência Respiratória | | 16cpm | | | | | |
| SpO2 | | 92% a AA que progrediu para 100% com oxigênio a 6lts | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 123 | | Doente referem melhoria e assina a recusa de transporte. Foram explicados sinais de alerta. | | --- | |

Tabela XXIV: Acionamento VMER número 2, 3º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|---|---------------------|--------------------------|-------|--|-------|
| Acionamento | | 2 | | Hora ativação | 17:19 | Local | 17:26 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | Dor torácica | | | |
| Idade | 92 | | | | | | |
| Observações | | Doente com SDR e palpitações. O ECG apresenta Fibrilação Auricular e BRE. | | | | | |
| Pressão arterial | | 140/50mmHg | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 97-130bpm | | FA, Epilepsia e Vertigem | | Beta-histina, Levetiracetam, Bisoprolol, Digoxina, Amiodarona. | |
| Frequência Respiratória | | 16cpm | | | | | |
| SpO2 | | 87% a AA e 98% com oxigênio a 6lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 203 | | HSJ | | Laranja | |

Tabela XXV: Acionamento VMER número 1, 4º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|-----------|--|-----------------------|------------------|-------|---|-------|
| Acionamento | | 1 | | Hora ativação | 14:16 | Loca I | 14:30 |
| Sexo | Masculino | Informaçã o CODU | Dispneia Aguda | | | | |
| Idade | 56 | | | | | | |
| Observações | | Doente internado num centro de reabilitação em contexto de AVC desenvolve dispneia durante alimentação por sonda nasogastrica. Terapêutica com Salbutamol e hidro cortisona. | | | | | |
| Pressão arterial | | 106/75mmHg | Antecedentes Pessoais | | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 92bpm | AVC, TCE, TVP e EAM. | | | Atorvastatina, Bisacodil, ramipril, levetiracetam, trazadona, quietiapina, propranolol e carbamazepina. | |
| Frequência Respiratória | | 14 | | | | | |
| SpO2 | | 83% a AA que progrediu para 95% com oxigénio a 6lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | Apirético | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | Destino | | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 103 | CHVNGE | | | Laranja | |

Tabela XXVI: Acionamento VMER número 2, 4º turno.

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------|-------------------------------------|---|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| ATIVAÇÃO | | 2 | | Hora ativação | 17:24 | Loca I | 17:33 |
| Sexo | Feminino | | Informaçã o CODU | Dispneia Aguda | | | |
| Idade | 8 | | | | | | |
| Observações | | | Criança refere dispneia súbita durante a aula de exercício físico embora estável e sem sinais de dificuldade respiratória no momento da observação. | | | | |
| Pressão arterial | | 186/92 | | Antecedentes Pessoais | | Medicação Habitual | |
| Frequência Cardíaca | | 120bpm | | --- | | --- | |
| Frequência Respiratória | | 14cpm | | | | | |
| SpO2 | | 100% com oxigênio a 6lts/min. | | | | | |
| Temperatura | | Apirética | | | | | |
| Pele | | Sem alterações | | | | | |
| Pupilas | | Isocóricas e reativas | | Destino | | Triagem | |
| Glicose capilar | | 142 | | CHVNGE | | Amarelo | |

1º Turno CODU Porto (16h-20h) 19-12-2017 (Anexo 22)

2º Turno CODU Porto (16h-20h) 09-05-2018 (Anexo 23)

Realizei dois turnos de 4 horas cada e, antes de cada um, conheci o TOTE responsável que me fez uma breve descrição do atendimento das chamadas de emergência, assim como da divisão da sala onde conheci os seus membros (TAEs, Enfermeiros e Médicos).

A partir do momento que a chamada é atendida, é feita a identificação do local, depois a triagem e, conseqüentemente, o acionamento de meios consoante a sua gravidade e localização. Mais tarde o contacto volta a acontecer para a passagem de dados e validação médica. No atendimento contactei com o sistema informático Telephonic Triage and Counseling System®, implementado em 2012, que é responsável pela triagem e estratificação de gravidade.

DISCUSSÃO

Durante todo o estágio estive presente em 28 acionamentos, dos quais 2 foram abortadas pelo CODU. Durante os 4 turnos que estive em cada meio, a VMER foi o meio ativado mais vezes, com 11 acionamentos (2,75 acionamentos/ turno), a AEM foi acionada 8 vezes (2 acionamentos/ turno), e a ambulância SIV 7 vezes (1,75 acionamentos/ turno) (Gráfico 1 e 2).

O tempo de resposta foi, em média, 10 minutos e 7 segundos, com um tempo mínimo de 2 minutos e um tempo máximo de 20 minutos. A frequência do sexo feminino nos acionamentos foi maior (Gráfico 3).

A faixa etária mais frequentemente socorrida foi a população idosa com idade superior a 65 anos (Gráfico 4). A média de idade dos doentes foi de aproximadamente 60 anos, com um mínimo e máximo de 8 e 92 anos, respetivamente.

Em relação aos motivos de acionamento, predominou a doença súbita com 20 acionamentos (77%) em relação ao trauma com 6 acionamentos (23%) (Gráfico 5).

Podemos observar, detalhadamente, o motivo e percentagem relativa dos acionamentos por doença súbita no gráfico 6 que nos permite concluir que a Dispneia Aguda foi o principal motivo de acionamento (35% dos acionamentos), seguida de AEC (20%), PCR (15%), Dor Torácica e Crise convulsiva (10%).

À chegada ao hospital é realizada uma triagem com o Sistema Português de Triagem de Manchester no qual foi possível observar que a SIV contactou com os casos mais graves, 3 vermelhos (43%) e 3 laranjas (43%), seguida da VMER, com 1 vermelho (9%) e 6 laranjas (55%), e, por último, a AEM com apenas 3 laranjas (38%), sendo que neste meio o amarelo foi o mais frequente com 5 acionamentos (62%). (Gráfico 7)

O facto da SIV ter sido o meio com maior contacto com vitimas emergentes é explicado pelo facto de ter realizado os meus 2 primeiros turnos deste meio numa área (Póvoa de Varzim) em que o tempo de resposta de da VMER é maior. Este facto é explicado pela distancia que a VMER do Hospital Pedro Hispano ou a VMER de Vila Nova de Famalicão têm que percorrer para chegar ao local, uma vez que ficam ambas a mais de 30 quilómetros da Póvoa de Varzim.

A existência de uma triagem azul responsável por acionar uma VMER faz-nos refletir sobre as noções que a população tem sobre emergência e sobre o bom funcionamento da triagem feita no CODU.

Estágio na Ambulância AEM

Os estágios na AEM revelaram-se enriquecedores, na medida em que foram o primeiro contacto com a emergência médica pré-hospitalar e, além disso, tive a oportunidade de lidar com uma população mais idosa e perceber pela primeira vez a realidade em que esta classe está inserida. O meio envolvente, assim como as condições em que vi idosos a viver, fizeram-me refletir sobre o apoio que esta classe carece em termos de condições de habitação e, consequentemente, de saúde. Nem sempre se torna fácil obter estas informações em contexto hospitalar, e a realidade fica bastante aquém das expectativas no que concerne a condições de habitabilidade. Além disso, foi a primeira vez que contactei os TAE e os TAT que me explicaram a sua função no SIEM e a organização dos equipamentos e material no meio. Foram também estes que me relembraram da abordagem à vítima segundo a metodologia ABCDE.

Os acionamentos mais frequentes foram por AEC nos quais foi possível contactar com doentes que geralmente se encontravam prostradas e desorientadas. Em adição, dois destes casos apresentavam sinais de infeção respiratória. A abordagem destes passou por uma boa avaliação do doente e dos seus sinais vitais, administração de oxigénio e o seu transporte. No acionamento por dispneia aguda, o doente apresentava um quadro semelhante aos últimos, e, embora estivesse a descompensar hemodinamicamente, a abordagem foi semelhante.

Durante o acionamento por dor abdominal, apenas foi feita uma breve avaliação das queixas do doente, dos seus sinais vitais e o seu transporte. O exame físico ao abdómen não foi realizado pelas queixas álgicas que o doente referia.

Também tive a oportunidade de contactar com um acionamento por crise hipertensiva, embora quando o meio chegou ao local a doente apresentasse valores de TA de 161/84 mmHg e, por isso, apenas foi realizado o seu transporte.

Em relação aos acionamentos por trauma, foram os dois por TCE ligeiro em que a abordagem passou pela imobilização cervical, monitorização de sinais vitais, avaliação pupilar, caracterização do doente segundo a Escala de Coma de Glasgow, controlo da hemorragia e num deles a imobilização em plano duro, uma vez que a vítima também se queixava de dor à mobilização do MID.

Estágio na Ambulância SIV

Os estágios na ambulância SIV foram os que mais me surpreenderam pelos acionamentos que tive a oportunidade de presenciar. Não conhecia o meio, e os profissionais durante o primeiro turno explicaram-me as suas características principais, desde a administração de fármacos endovenosos, à realização de ECG com 12 derivações e a sua transmissão ao CODU, e à aplicação dos algoritmos de SAV em caso de PCR.

Os acionamentos por doença aguda foram os mais frequentes de novo, embora nestes estive perante situações mais graves. Pela primeira vez presenciei e tive a oportunidade de aplicar o protocolo a uma PCR, onde observei a aplicação de SBV, SAV e vi o LUCAS em funcionamento. Apenas por uma vez conseguimos que o doente voltasse a ter ritmo cardíaco e, mesmo assim, este continuava inconsciente.

Foi uma experiência produtiva na medida em que aprendi a lidar com situações de stress quer pela carga emocional presente nestes momentos, quer pela rapidez necessária. Além disso, estes acionamentos fizeram-me refletir sobre a grande responsabilidade e destreza necessária nestes momentos pelos enfermeiros e TAE.

Os acionamentos no registo de doença súbita que observei neste meio incluíram uma dispneia aguda num doente idoso que tinha SDR e se encontrava prostrado. A abordagem passou pela administração de oxigénio e o seu transporte.

Por fim, um acionamento por AEC num doente idoso que também apresentava distensão abdominal, edema bilateral pré-tibial dos membros inferiores e estava a saturar a 86% a AA.

Em relação aos acionamentos por trauma foram os dois num registo de membro inferior embora apenas num deles tenha sido possível observar encurtamento e rotação característicos. A abordagem passou pela analgesia, imobilização e transporte.

Estágio na VMER

Os estágios na VMER eram os que mais me cativavam na medida em que eram o meio mais diferenciado e, por outro lado, iria poder observar o papel do médico como parte integrada da emergência pré-hospitalar.

A doença súbita foi responsável pela maior parte dos acionamentos, 9 no total que correspondem a 81,8% (Gráfico 5). Durante estes turnos foi possível contactar com vários tipos de acionamentos. Nos primeiros turnos contactei com 2 crises convulsivas e observei a sua abordagem e tratamento, com especial atenção à de um jovem de 17 anos que progrediu para uma crise conversiva.

Além disso, também contactei com 5 acionamentos que diziam respeito a dispneia aguda, onde identifiquei sinais de gravidade e discuti a sua origem. Durante estes acionamentos foi possível observar 2 FA no ECG e proceder para o seu tratamento imediato. Um outro acionamento neste registo, passou por uma suspeita de aspiração traqueobrônquica num doente com sonda nasogástrica que tinha acabado de almoçar. Também contactei com uma dispneia despertada pelo exercício físico numa criança, que no momento da avaliação já se encontrava aparentemente bem e, por fim, um doente que além da dispneia aguda, também tinha dor torácica e febre com dois dias de evolução. Por fim, estivemos perante um caso de uma jovem do sexo feminino que referiu dispneia em contexto de ansiedade que mais tarde foi triada como azul uma vez que no momento de intervenção se encontrava aparentemente bem.

A dor torácica também foi um motivo de acionamento e, neste registo, foi possível contactar com um episódio de FA com BRE em doente com SDR e descompensação hemodinâmica, e um outro caso de suspeita de infeção respiratória baixa em doente com SDR e história de 2 dias de evolução de tosse e expetoração.

O trauma foi menos frequente com apenas 2 acionamentos que correspondem a 18,2% (Gráfico 5). O primeiro foi no contexto de um atropelamento com TCE em que a doente com 70 anos de idade referiu dor na hemiface esquerda. No momento de intervenção a doente encontrava-se aparentemente bem e não tinha lesões aparentes no local do impacto, por isso, foi apenas realizado o seu transporte. O segundo acionamento neste registo foi uma vítima de assalto com uma faca, que resultou numa lesão corto-contusa na hemiface esquerda com aproximadamente 6 cm. A hemorragia foi controlada, foi realizada terapêutica analgésica com paracetamol endovenoso e a vítima foi transportada.

Durante o tempo livre na base entre acionamentos os profissionais explicaram-me a organização do material, equipamentos e medicamentos no veículo e foi sempre sendo feita a reposição material utilizado.

Estágio no Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Durante o estágio contactei com 28 chamadas/acionamentos das quais 17 diziam respeito a doença súbita, 8 a trauma e 3 a outras situações que não envolviam uma emergência.

Nos 17 acionamentos por doença súbita foi possível contactar com situações de provável AVC e SCA, PCR, intoxicação, AEC, entre outras. Em relação aos 9 que envolviam trauma, foi possível o contacto com situações de TCE e trauma em contexto de acidente de trabalho e viação. Por fim, em relação aos 3 outros acionamentos, o primeiro tratava-se de uma idosa que se queixava de abandono pelos filhos, o segundo dizia respeito a um trauma que já tinha acontecido há mais de 8 dias, e o último dizia respeito a uma pessoa desaparecida que foi localizada pela policia, e que pretendia seu transporte para uma US.

O tempo que passei pelo CODU permitiu-me também observar e perceber várias dificuldades como obter uma morada correta, ter uma conversa clara e objetiva com alguém sobe stress físico e emocional, e a transmissão de informação com profissionais em locais sem rede ou sinal rádio.

Durante o estágio, não foi possível acompanhar a atividade do médico regulador de serviço.

CONCLUSÃO

Este estágio no INEM, ainda durante o meu ciclo de estudos no MIM, possibilitou-me um primeiro contacto com a emergência médica pré-hospitalar. Foi possível perceber e observar sua organização, os seus meios e profissionais, assim como refletir sobre as diferentes as fases de socorro á vítima. Ter feito um levantamento dos principais motivos de acionamento e a da sua abordagem específica assumiu-se como um importante pilar no conhecimento adquirido que mais contribuiu para a minha aprendizagem, uma vez que contactei com as patologias frequentemente encontradas no terreno.

Além disso, o tempo que passei no estágio permitiu-me um maior contacto com o ambiente em que os doentes se inserem. Esta atenção a esses detalhes melhorou a minha percepção sobre as condições, carências e principais problemas que as várias classes económico-sociais enfrentam na região do grande Porto.

O estágio foi, sem dúvida, uma mais valia na medida em que pus em prática alguns protocolos e conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos anos, para além de ter sido a última oportunidade que teria de saber se me revia em certos papeis que tinha interesse em exercer no futuro.

Os objetivos e competências propostas foram alcançados e sinto que este estágio contribuiu bastante para a minha formação académica e como pessoa.

A nível de experiencia própria reconheço que foi das mais uteis que tive até hoje, essencialmente porque neste momento sinto que seria uma mais valia no auxilio de vítimas urgentes em ambiente pré-hospitalar.

Por fim, gostaria de salientar que os conhecimentos assimilados nesta área se assumem como uma importante ferramenta para qualquer médico, independentemente da sua área de diferenciação uma vez que atitudes simples podem fazer uma grande diferença.

ANEXOS

Anexo 1:



Figura 1: Cadeia de Sobrevivência.

Anexo 2:



Figura 2: Simbologia internacional do local onde se encontra um DAE.

Anexo 3

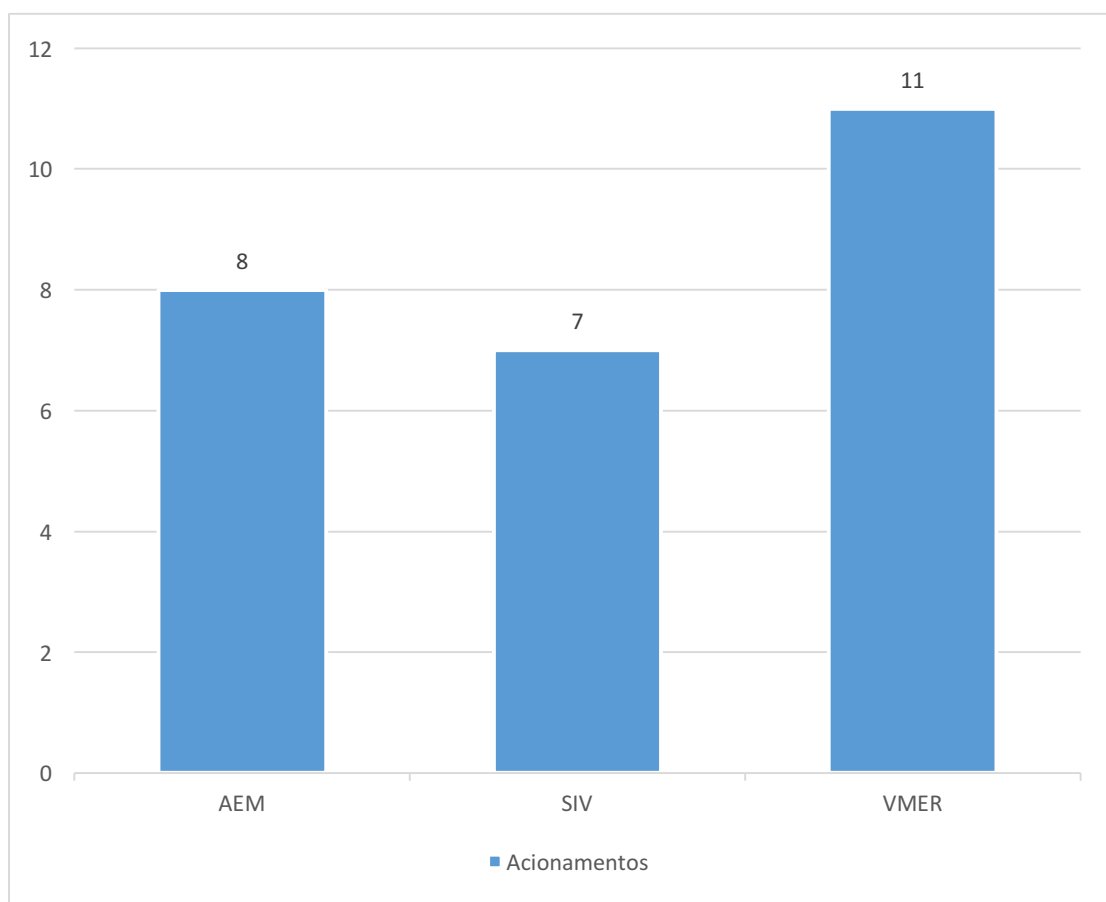


Gráfico 1: Acionamentos por meio.

Anexo 4

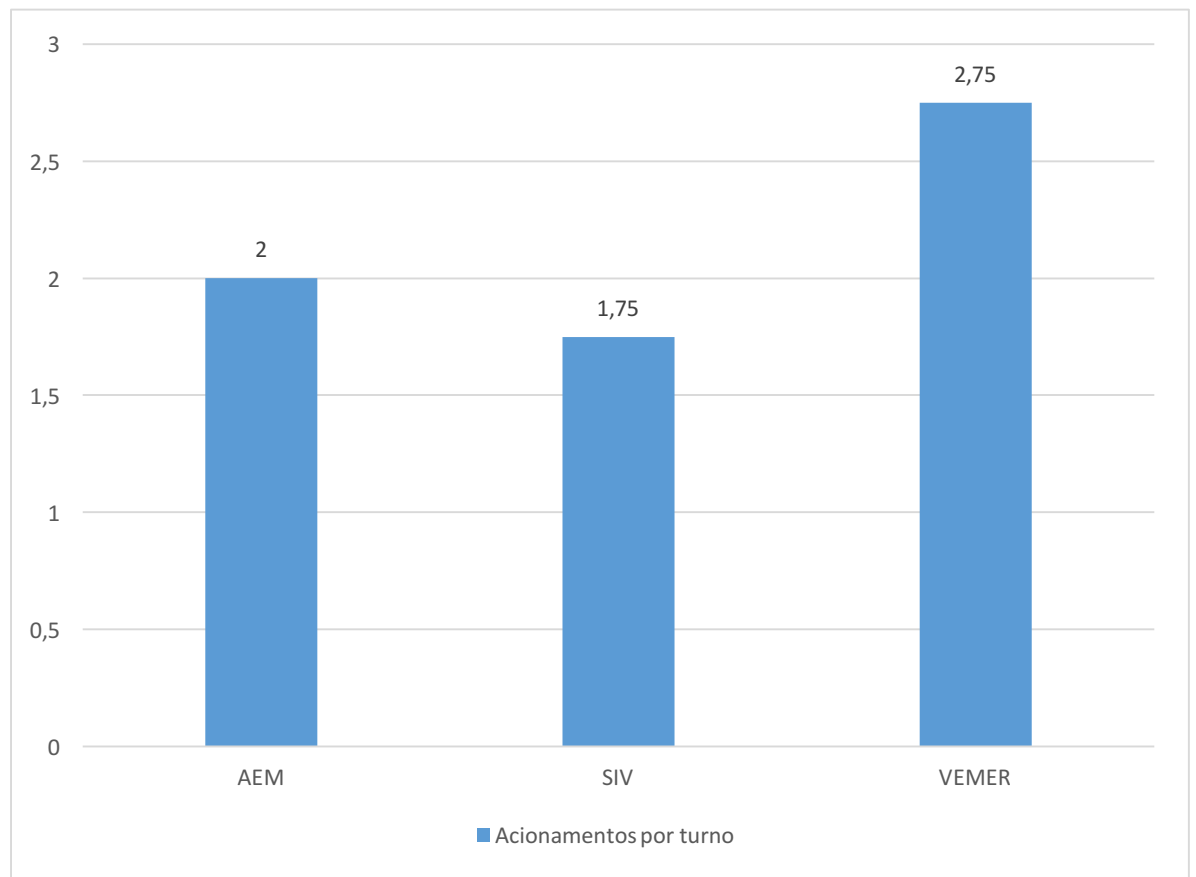


Gráfico 2: Acionamentos por turno

Anexo 5

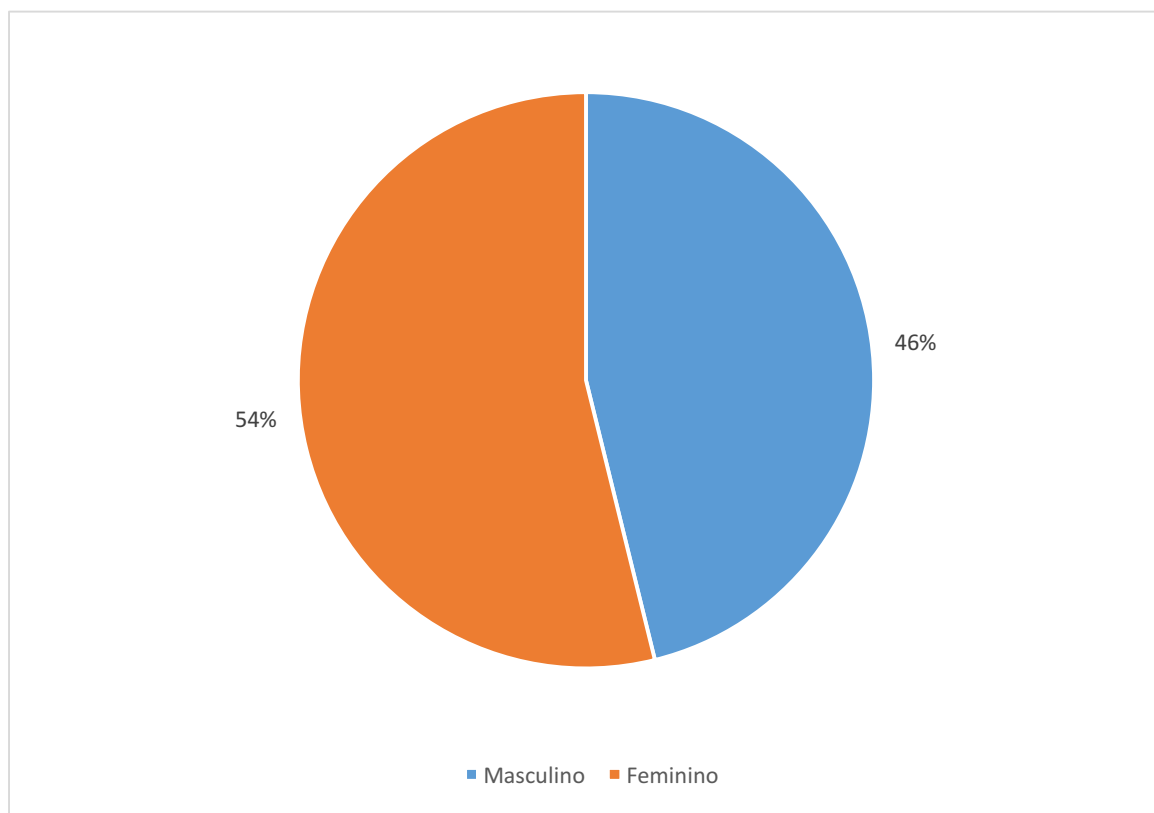


Gráfico 3: Distribuição pelo Sexo

Anexo 6

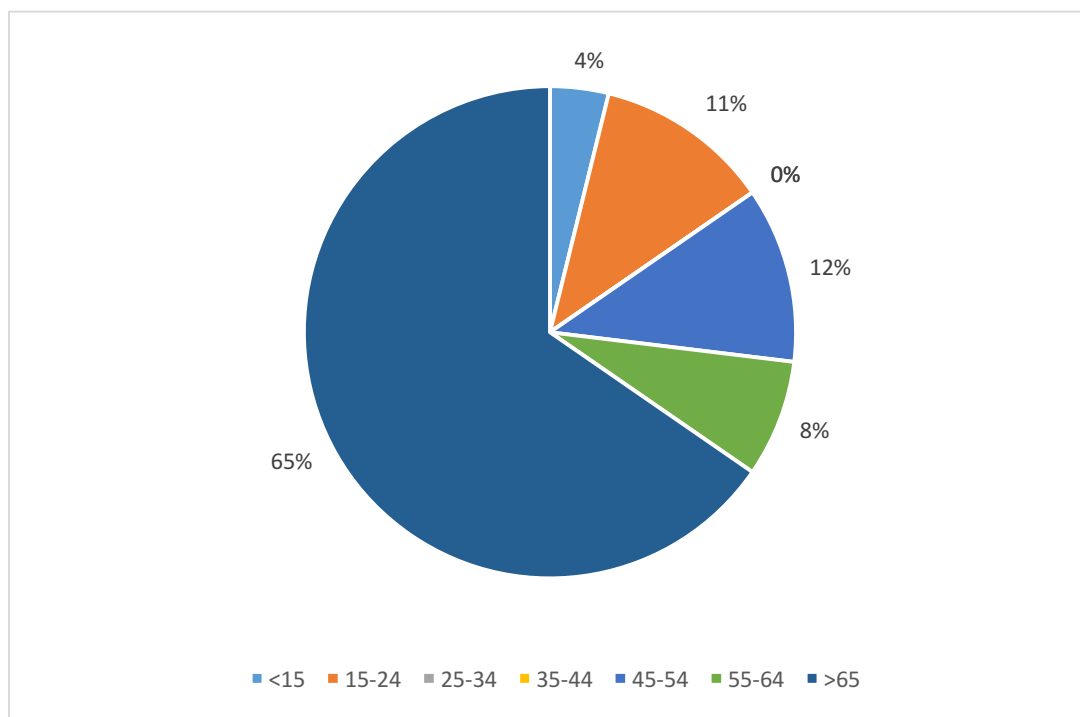


Gráfico 4 - Acionamentos consoante a faixa etária

Anexo 7

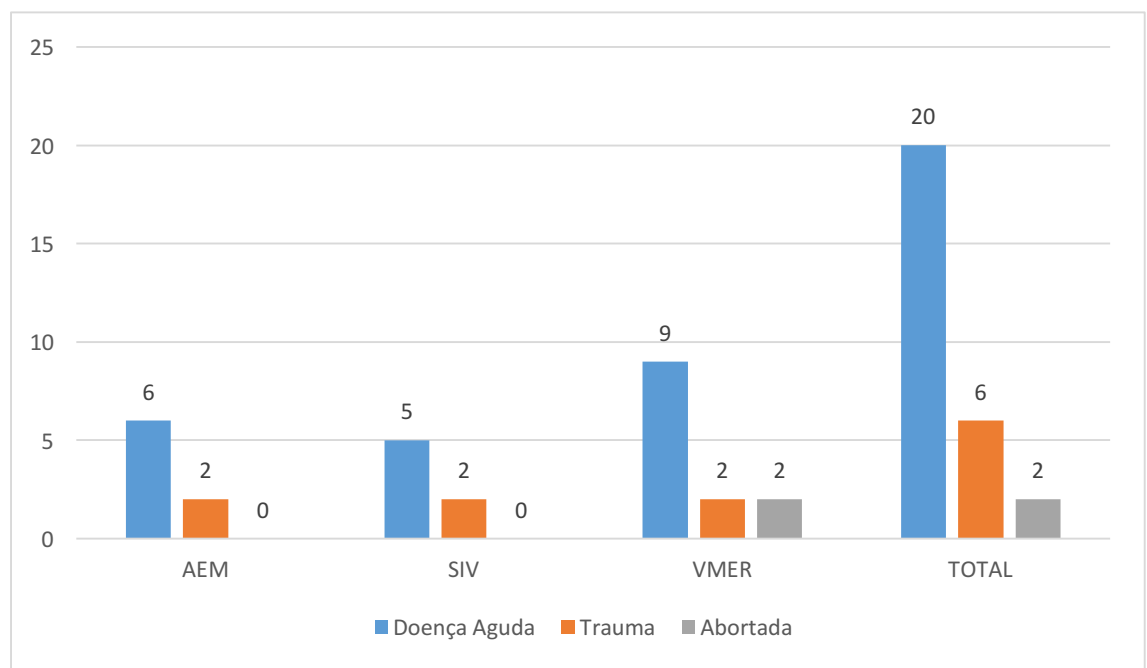


Gráfico 5 - Motivo dos acionamentos por meio INEM

Anexo 8

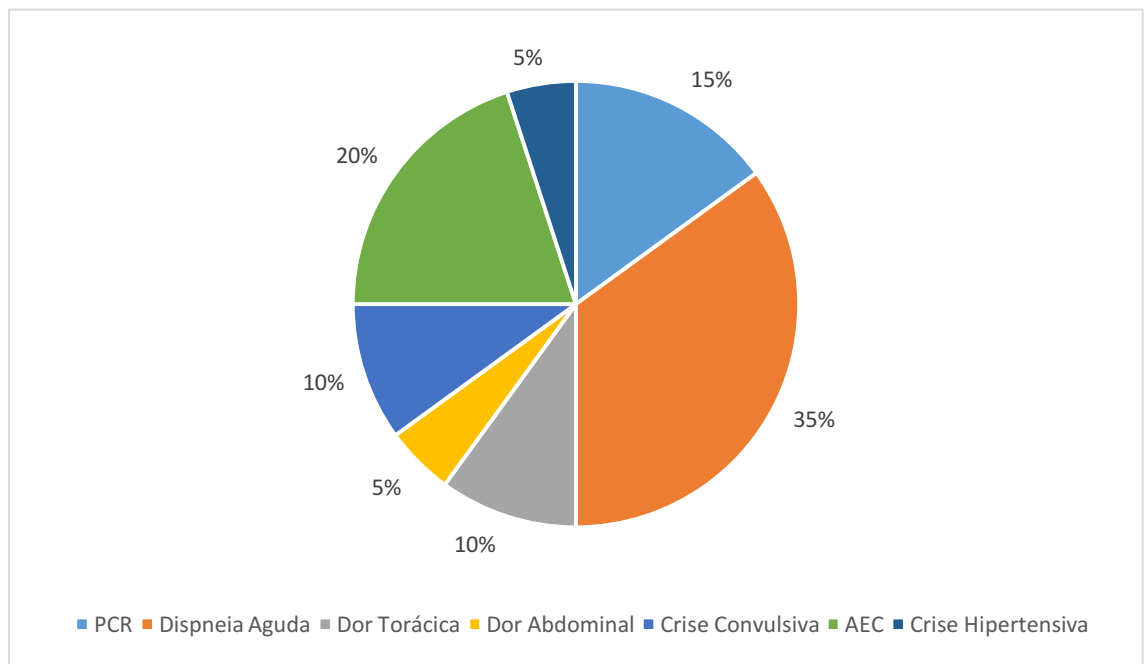


Gráfico 6: Motivo e Percentagem Relativa dos Acionamentos por Doença Súbita

Anexo 9:

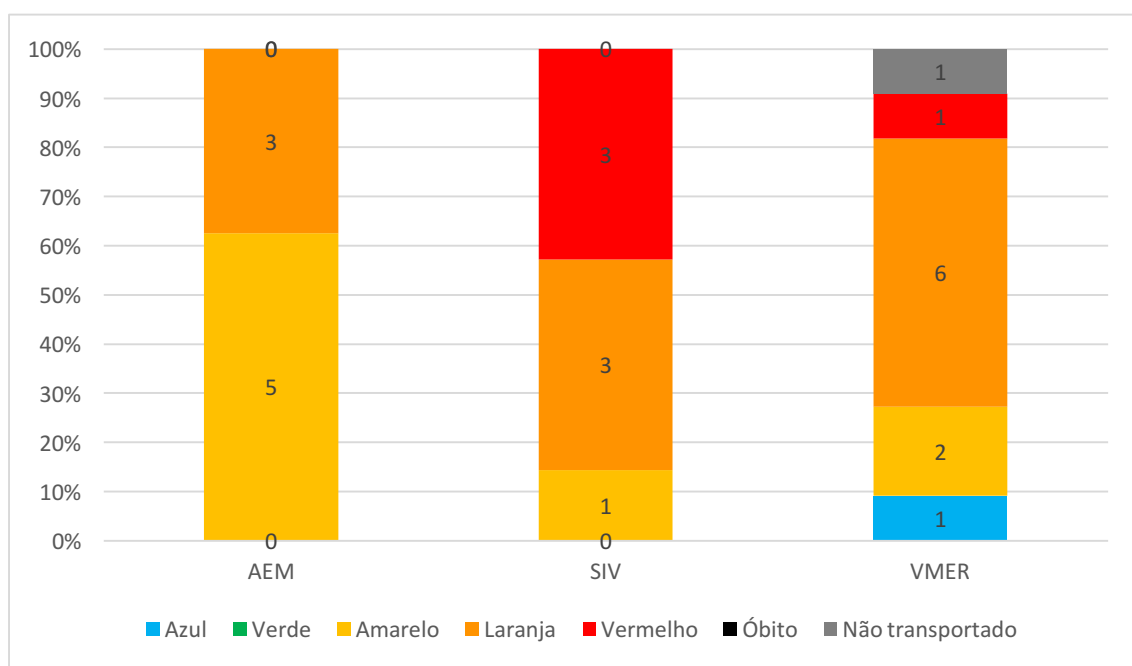


Gráfico 7 - Triagem dos Acionamentos por meio



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Faleiro Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto da tese de mestrado
 Coordenador do Estágio: Dn. Humberto Hache do
 Data: 4.12.2017 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: ACEP - Ponto 1
 Nº DE ACTIVIDADES: 4 Doença Súbita: 3 Trauma: 1 Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: 94704 João Pedro da Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• Conheci a ambulância de Emergência Médica assim como os seus técnicos e suas funções.
 • Tomei consciência da importância do trabalho da equipa e dos obstáculos que podem aparecer na emergência médica.
 • Importância dos profissionais que trabalham na área pré-hospitalar em contextualizar condições sociais, económicas, higiénico-sanitárias

Percebi a importância das situações de emergência com intervenção no terreno e intervenção com a valorização do papel do médico. De igual importância com todos os profissionais da emergência e intervenção.

[assinatura]



Instituto Nacional de Emergência Médica

Reduzir documento

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Felcã Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado.
 Coordenador do Estágio: Dn. Humberto Machado
 Data: 21/12/2017 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: AEM-Ponto3
 Nº DE ACTIVACÕES: ☒ Doença Súbita: ☒ Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo José Botelho / [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Não apresenta dificuldades de integração. Cultura de conhecimento técnico e em protocolos de abordagem é ótima. Boa capacidade de trabalho e cooperação com colegas profissionais saúde e vitais. Estágio aprovado.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de taxa de mortalidade.
 Coordenador do Estágio: D. Humberto Hachado.
 Data: 10/04/2018 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: AEM - Ponto 4
 Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: 2 Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

~~Foi~~ Foi realizada uma apresentação de ambulância assim como medicamentos e materiais disponíveis na ambulância AEM.
 As activaões decorreram sem complicações.

Pedro mostrar interesse e ~~foi~~ actividade nos seus conteúdos e demonstrar



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de base de emergência
 Coordenador do Estágio: D. Humberto Pacheco
 Data: 16/04/2018 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: AET - CITIN
 Nº DE ACTIVIDADES: 1 Doença Súbita: ☐ Trauma: 1 Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário _____
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Pedro Sousa

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

| | |
|--|--|
| | <p>O estagiário demonstrou muito interesse pelo trabalho efectuado, não só de se mostrar extremamente cooperativo em todos os procedimentos.</p> |
|--|--|



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado
 Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Flachado
 Data: 5/12/17 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SIV Polia de Jazim
 Nº DE ACTIVIDADES: 2 Doença Súbita: ☒ Trauma: 1 Outras: 1 Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário: Pedro Falcão
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Isabel de Fátima TEPH Nuno Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

- Conheci a ambulância SIV assim como os seus técnicos/operações.
- Foi feita uma explicação da organização do material e medicamentos na ambulância assim como de certas competências que o enfermeiro dispõe.
- Protocolo actual na Paragem cardio-Respiratória.
- Protocolo de actuação na trauma.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Interessado, mostrou disponível e interesse em colaborar na avaliação da vítima.
- Participou activamente na abordagem à vítima de PCR adulto e na abordagem da vítima de trauma.
- Protocolos abordados:
- Abordagem da vítima
 - PCR adulto
 - Abordagem vítima de trauma
 - Traumatismo extremidades
 - Sedação e analgesia.

Isabel de Fátima



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado.
 Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Hachado
 Data: 07/12/2017 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SIV Póvoa do Varzim
 Nº DE ACTIVACÕES: 2 Doença Súbita: 2 Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Aplicação do protocolo de paragem cardio-respiratória no adulto.
 - Observei a transmissão de más notícias aos familiares e o tipo de reacção encontrada e esperada.
 - Foi-me explicado a importância do trabalho de equipa.
 - Aplicação do protocolo de abordagem à vítima.

Apesar de ser apenas precedido em ambulância, o Dr. Pedro Falcão aderiu e trabalhou com a equipa SIV.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Pe. Luis Emanuel Galvão Oliveira

OBJECTIVOS:

Relatório de estágio no contexto de emergência pré-hospitalar em contexto de fase de mestrado

Coordenador do Estágio:

Dr. Humberto Machado

Data:

03/05/2018

Turno:

☐ Manhã

☒ Tarde

Meio:

SIV - Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:

☐

Trauma:

1

Outras:

☐

Abortadas:

☒

Assinaturas:

O Estagiário

[Signature]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Paulo Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

• Abordagem do doente e/trauma.
• Imobilização em pleno dorso e maca de vacuo.
• Tratamento da dor em contexto pré-hospitalar.

[Signature] (PMS)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Pafão Oliveira

OBJECTIVOS: Relatório de estágio em contexto de emergência pré-hospitalar em contexto de base de Resposta

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Hacheco

Data: 04/05/2018 Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde Meio: SIV - Gonderman

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: 2 Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Patrícia Andrade / Celso Ferreira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Abandona o
carrão em
Paragem cardíaca
rta.

Mostrase interessado nos
situações e nos protocolos
em curso, questionando
Sempre a forma pertinente e
discutindo as situações com
as equipas.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Afonso Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de caso de morte.
 Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado
 Data: 11/12/2017 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER São António
 Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: 3 Trauma: 1 Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Familiarização com a entidade VMER no contexto de emergência pré-hospitalar.
 - Actuação em contexto de crise convulsiva.
 - Prestação de cuidados em situação de crime com articulação da abordagem com agentes da autoridade.

Participou nas rondas de VMER, tendo possibilidade de observar situações de emergência médica, mas também de trauma.

[assinatura]
 42972



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira

OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tise de Resuscitação

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Hacheco

Data: 13/12/17 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: UTER

Nº DE ACTIVACÕES: 3 Doença Súbita: 2 Trauma: 1 Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rita Alves

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio no contexto de emergência pré-hospitalar em contexto de registo meditado
 Coordenador do Estágio: D. Humberto Hachado
 Data: 30/04/2018 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VHER - 5.º António
 Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: 2 Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐
 Assinaturas: O Estagiário [assinatura]
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura] pag 2/10 59065

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Abordagem do
doente e/ do
tonacica.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira
 OBJECTIVOS: Relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado.
 Coordenador do Estágio: Dn. Humberto Rocha do
 Data: 02/05/2018 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VITER - Gaia
 Nº DE ACTIVACÕES: 33 Doença Súbita: 2 Trauma: 1 Outras: 0 Abortadas: 1
 Assinaturas: O Estagiário Pedro Falcão
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Patrícia Figueiredo Silva

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Abonda gem do doente
 urgente com dor
 Súbita.
 Anticulação a troca
 de informação com
 Outros profissionais
 de saúde

Bastante interessado em colaborar
 na abordagem das vítimas e com
 conhecimentos na área do doente agudo.
 Acompanhamento adequado durante
 o tempo com todos os elementos
 da equipa VITER e outros
 intervenientes.
 Boa postura profissional e empenhada.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Pedro Emanuel Falcão Oliveira

OBJECTIVOS: Relatório de estágio em contexto de emergência per-hospitalar no contexto de tese de mestrado.

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Hachado

Data: 19.12.2017 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: CODU Norte

Nº DE ACTIVACÕES: ☐ Doença Súbita: ☐ Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]

O Orientador / Responsável de Turno [assinatura]

OBSERVAÇÕES

| ESTAGIÁRIO | ORIENTADOR |
|--|------------|
| <p>• Conheci e familiarizome com a entidade CODU e as suas divisões (Psicólogo/Atendimento/call back/Açãoamento/ Médico/dados)</p> <p>• Identifiquei as principais situações de emergência reportadas</p> <p>• Observei as dificuldades de prestação de cuidados de saúde e troca de informação em situações de stress físico e emocional.</p> | |



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Dr. João Emanuel Falcão Oliveira

OBJECTIVOS: Relatório de Estágio em contexto de emergência pré-hospitalar no contexto de área de risco

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Pacheco

Data: 09/05/2018 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: Nono

Nº DE ACTIVACÕES: ☐ Doença Súbita: ☐ Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]

O Orientador / Responsável de Turno SÉRGIO VIEIRA (96018)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

ORIENTADOR

Conheci os diferentes elementos e a sua função da equipa do CODU.

Foi-me explicado o funcionamento e organização da sala assim como dos acionamentos.

INTERESSADO E PARTICIPATIVO.

[assinatura]

Anexo 24:



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Pedro Emanuel Falcão Oliveira**, com o número de identificação 14223363, realizou os estágios em meios INEM, abaixo discriminados:

| Tipo | Meio | Data | Horário |
|----------------|---|------------------|---------------|
| Observação | Ambulância de Emergência Médica | 04.Dezembro.2017 | 14:00 - 20:00 |
| | | 21.Dezembro.2017 | 08:00 - 14:00 |
| | | 10.Abril.2018 | 14:00 - 20:00 |
| | | 16.Abril.2018 | 14:00 - 20:00 |
| Observação | Centro de Orientação de Doentes Urgentes | 19.Dezembro.2017 | 16:00 - 20:00 |
| | | 09.Maio.2018 | 16:00 - 20:00 |
| Observação | Ambulância de Suporte Imediato de Vida | 05.Dezembro.2017 | 14:00 - 20:00 |
| | | 07.Dezembro.2017 | 14:00 - 20:00 |
| | | 03.Maio.2018 | 14:00 - 20:00 |
| | | 04.Maio.2018 | 14:00 - 20:00 |
| Observação | Viatura Médica de Emergência e Reanimação | 11.Dezembro.2017 | 14:00 - 20:00 |
| | | 13.Dezembro.2017 | 14:00 - 20:00 |
| | | 30.Abril.2018 | 14:00 - 20:00 |
| | | 02.Maio.2018 | 14:00 - 20:00 |
| Total de Horas | | | 80 |

Centro de Formação da DRN, 29 de maio de 2018

O Assistente Técnico